

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

VICTOR BEMBARON

né le 4 Août 1904, au KRAM (Tunisie)

Essai sur la pathogénie du doigt hippocratique

Président : Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince 26,

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE
AUBERTIN
BÉNARD Henri
BROCO
BRULÉ
BUSQUET
CADENAT
CATHALA
CHABROL
CHAILLEY-BERT
CHEVALLIER

Neurologie et psychiatrie.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pharmacologie.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pathologie médicale.
Physiologie.
Pathologie médicale.

DOGNON
DONZELOT
ECALLE
FEY
GASTINEL
GATELLIER
DE GAUDART

Physique.
Pathologie médicale.
Obstétrique.
Urologie.
Bactériologie.
Pathologie chirurgicale.

D'ALLAINES

GIROUD
HARVIER
HAZARD
HOVELACQUE
HUGUENIN
HUTINEL
JOANNON
LABBÉ (Henri)
LAROCHE (Guy)
LEVEUF
LÉVY-VALENSI
LIAN

Pathologie chirurgicale.
Histologie.
Pathologie médicale.
Pharmacologie.
Anatomie.
Pathologie médicale.
Hygiène.
Parasitologie.
Chimie biologique.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Neuro-psychiâtre.
Pathologie médicale.
Histologie.

MULON

MONDOR
MOREAU
MOULONGUET
MOURE
OBERLING
OLIVIER
PIÉDELÈVRE
PORTES
QUÉNU
RICHET
SANNIÉ
SÉZARY

Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.
Pathologie chirurgicale.
Pathologie chirurgicale.
Anatomie pathologique.
Anatomie.
Médecine légale.
Obstétrique.
Pathologie chirurgicale.
Physiologie.
Chimie biologique.
Dermatologie et syphiligraphie.

VALLERY-RADOT.. (Pasteur)

VAUDESCAL
VELTER
VERNE
VIGNES

Pathologie médicale.
Obstétrique.
Ophthalmologie.
Histologie.
Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEROUX ..	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgic.
CHIRAY	— id. —	MOCQUOT	— id. —
DEBRÉ	— id. —	PROUST	— id. —
DUVOIR	— id. —	SCHWARTZ	— id. —
BASSET	Clinique chirurgic.	LE LORIER	— id. —
CHEVASSU	— id. —	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	— id. —	METZGER	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLE -BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

VICTOR BEMBARON

né le 4 Août 1904, au KRAM (Tunisie)

**Essai sur la pathogénie
du doigt hippocratique**

Président : Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince 26,

1932



A MON PERE ET A MA MERE

Ce modeste témoignage de ma profonde affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur P. NOBECOURT
Professeur de la Clinique Médicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur

respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur TROISIER,

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Professeur agrégé

à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a inspiré ce
travail et nous a guidé
de ses conseils, en témoi-
gnage de reconnaissance.

La pathogénie du doigt hippocratique a, de tout temps, intrigué des cliniciens par la variété des affections où il apparaissait. Ces affections se sont, depuis la fin du XIX^e siècle révélées si nombreuses et si disparates, et surtout dans ces dernières années, que les auteurs ont adopté des théories où ils invoquent plusieurs facteurs possibles, l'un ou l'autre d'entre eux prédominant selon le cas considéré.

Leur étude nous a suggéré l'idée que la cause profonde de cette malformation était plus générale peut-être qu'on ne l'a admis jusqu'ici et nous nous sommes proposé d'attirer l'attention sur la constance des troubles de l'hématose dans la plupart des cas envisagés dans la bibliographie médicale.

Nous n'éliminerons cependant pas de façon absolue le rôle d'autres facteurs — troubles mécaniques, toxi-infections, etc. — qui nous apparaît secondaire. Il nous a paru indispensable de définir auparavant le doigt hippocratique, que l'on a longtemps confondu avec d'autres affections des extrémités n'atteignant pas exclusivement les tissus mous des phalangettes. Ce chapitre est précédé d'un aperçu historique de la question.

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude au Dr Troisier pour l'aide qu'il a bien voulu nous donner dans l'étude de notre thèse, en nous inspirant le sujet et en nous communiquant ses précieuses observations sur l'hérédité des déformations hippocratiques.

HISTORIQUE

Hippocrate parle chez les tuberculeux de « unguis adunci » et dans ses descriptions dit : « Pedes et unguis contorquentur ». Celse et Galien décrivent dans les mêmes termes les déformations des extrémités spéciales aux phthisiques.

Au Moyen-Age, les anciens auteurs confondent toutes les altérations physiques des doigts dans le vaste chapitre du rhumatisme et il faut arriver au début du XIX^e siècle pour en lire quelques descriptions claires, par Blandin (Dictionnaire de Médecine et de chirurgie pratique) qui remarque des doigts hippocratiques dans d'autres affections que la tuberculose, en règle générale chez tous les cachectiques. Faye en voit quelques cas au cours de certaines maladies de peau mal définies d'ailleurs.

Avec Trousseau, nous revenons à notre conception d'Hippocrate « l'hippocratisme signe certain de tuberculose au 2^{me} et 3^{me} degré, ne se voit pas

chez tous les phtisiques, mais tous les doigts hippocratiques sont tuberculeux, et ils sont d'autant plus marqués que la maladie est plus avancée ».

Vernois est moins exclusif sur l'étiologie. Pigeaux dresse d'intéressantes statistiques établissant sa fréquence en pathologie et accuse les troubles de l'hématose de provoquer l'incurvation des ongles et l'épaississement des phalangettes.

Caron et Labalbary expriment, à leur tour, quelques conceptions pathogéniques. Esbach signale, en 1876, l'hippocratisme dans certaines affections pulmonaires non tuberculeuses et des affections cardiaques, la chlorose, le mal de Bright.

Mais il faut arriver à Pierre Marie pour connaître clairement l'hippocratisme, par opposition à l'ostéo-arthropathie pneumique décrite magistralement par cet auteur. Cependant, à cette époque et dans les années qui suivirent, on considéra l'hippocratisme pur comme le stade initial de l'O. A. H. P. ce qui n'est plus admis actuellement.

Nous avons de cette époque de très nombreuses communications à ce sujet par Landby, Elliot, Frantzel, Evald, Marie, Gouraud Spilmann, Van-berger.

Après les affections pulmonaires et cardio-vasculaires, les doigts en baguette de tambour sont signalés dans la cirrhose biliaire par Fox, Hanot, Gilbert et Fournier (1895) Obermayer, Boutron (1899) Gilbert et Lereboullet.

Béclère décrit en 1901, 1902 et 1904 des hypertrophies de la phalangette liées à des anévrismes et des dilatations de l'aorte et de la veine cave supérieure.

A la même époque, Bezançon et I. de Jong exposent une pathogénie de l'hippocratisme.

En 1921, Molines présente à Lyon une thèse sur « l'hippocratisme dans l'endocardite lente » et défend la théorie pathogénique de la toxi-infection.

Bezançon et I. de Jong ont nettement défini les caractéristiques essentielles de l'hippocratisme et admettent qu'on le voit dans toutes les lésions aboutissant à la dilatation du cœur droit.

Tout dernièrement, une série d'observations d'affections intestinales est venue s'ajouter aux causes signalées jusqu'à ce jour comme provoquant un hippocratisme. MM. Bensaude, Hillemand et Augier ont signalé la polypose rectale, Lemierre Levêque, Brûlé et Lièvre l'amibiase intestinale, les rectites, les recto-colites.

Dennig dans sa communication à Munich relate deux cas très intéressants d'hématémèse qui nous ont permis d'étayer avec plus d'assurance notre théorie.

Nous devons à M. Troisier la communication d'un cas très intéressant d'hippocratisme héréditaire sur lequel il a bien voulu nous fournir des indications très précieuses pour notre thèse.

DEFINITION DE L'HIPPOCRATISME

Le doigt hippocratique n'adopte pas toujours les mêmes comparaisons pour se définir. Beaucoup d'auteurs le décrivent en baguette de tambour, c'est-à-dire renflé à son extrémité distale, d'autres en tête de serpent, en bec de perroquet, en massue, en battant de cloche ou en pied de tabouret (J. Kerr).

Il faut entendre sous ces diverses dénominations une hypertrophie de la dernière phalange s'accroissant jusqu'à la racine de l'ongle. Le doigt a une extrémité effilée et par suite la face dorsale de la phalangette est recourbée de haut en bas et d'arrière en avant.

Trousseau a décrit le doigt en battant de cloche, c'est-à-dire à phalangette raccourcie et épaissie, plus enflée à son extrémité que dans le cas ci-dessus.

« Lorsqu'on examine dans son ensemble la main hippocratique, on est frappé sur le champ de la forme mousse des extrémités des doigts : la dernière phalange est plus courte, plus large et arrondie en massue. Dans l'autre main, au contraire, (la main saine), la dernière phalange est étroite, longue et mince. Vu en arrière le doigt régulier représente assez bien un cylindre qui va en diminuant de diamètre jusqu'à l'extrémité unguéale ; mais cette disposition n'existe pas dans le doigt hippocratique ; le cylindre diminue comme dans l'autre cas de la base du doigt à l'extrémité de la 2^{me} phalange, mais, arrivé là, il grossit de nouveau jusqu'au milieu de la dernière phalange pour se terminer en un bout arrondi. Cette conformation s'observe beaucoup mieux encore en regardant les deux doigts indicateurs que je fais examiner de profil. Si maintenant nous prenons isolément cette dernière phalange, nous voyons que son diamètre antéro-postérieur est notablement augmenté par le développement considérable de la pulpe des doigts, développement qui contraste avec la maigreur du reste de la main. La dissection a montré à Pigeaux que l'os n'avait subi aucune augmentation de volume, mais le tissu situé à la base et à la racine de l'ongle s'est hypertrophié, de sorte qu'on sent basculer la racine de l'ongle lorsqu'on presse la face dorsale de la phalange. Or, le soulèvement de la racine de l'ongle produit... l'incurvation notée par Hippocrate, l'ongle restant adhérent à la pulpe du doigt alors que sa base est soulevée ».

Ainsi défini le doigt hippocratique est une modification de la pulpe de la phalangette et de l'ongle. On a signalé quelquefois le développement de petits ostéophytes à l'extrémité de la phalangette, mais l'os lui-même conserve ses dimensions normales. Le diagnostic différentiel en est donc facile à faire avec l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie, affection essentiellement osseuse de la phalangette, accompagnée de modifications de tout le squelette : hypertrophie du poignet, des articulations tibio-tarsiennes, cyphose dorso-lombaire et présentant cette caractéristique d'être une affection douloureuse.

Il est encore plus facile de séparer de l'hippocratisme pur les déformations rachitiques, rhumatismales et acromégaliqes, dont les caractères propres sont d'ailleurs beaucoup plu apparents en dehors des phalangettes, ainsi que les déformations de la syringomyélie.

Cette définition de l'hippocratisme nous paraissait indispensable pour l'étude de sa pathogénie.

PATHOGENIE

Dans les observations que nous avons recueillies, nous nous sommes efforcé de ne considérer que les cas d'hippocratisme pur, sans lésions du squelette sous-jacent à l'hypertrophie des parties molles. Toutefois, jusqu'à l'exposé magistral de Pierre-Marie, les descriptions ne tenaient pas compte de la différence entre hippocratisme et ostéoarthropathie hypertrophiante et le diagnostic différentiel n'a pu en être fait qu'après coup, sur des présomptions d'ailleurs assez justifiées. C'est pourquoi, d'autre part, de toutes les théories pathogéniques exprimées avant cette époque, quelques-unes seulement seront citées dans le présent essai.

Nous allons rencontrer dans notre énumération diverses conceptions pathogéniques dont les plus récemment évoquées sont celles attribuant l'apparition de l'hippocratisme à :

1° — des troubles de l'hématose,

- 2° — des troubles toxi-infectieux,
- 3° — des troubles mécaniques,
- 4° — des combinaisons diverses de ces troubles,
- 5° — des facteurs inconnus.

Mais dès à présent, retenons qu'un grand nombre d'entre elles peuvent se ramener à des troubles de l'hématose et que seuls font exception certains cas encore obscurs d'hérédité hippocratique.

Les troubles de l'hématose ont été les premiers mis en cause.

Déjà, en 1822, Pigeaux, dans ses recherches sur le développement fusiforme de l'extrémité des doigts, dresse une statistique parue dans les Archives de Médecine et prouve la grande fréquence de cette déformation chez les tuberculeux, en insistant sur le fait qu'elle suit assez régulièrement, non les phases des tubercules, ni des effets organiques du cœur, mais bien leur influence sur l'état général, l'hématose et la respiration. Elle s'accroît régresse et disparaît avec les causes initiales qui lui ont donné naissance. Les ongles recourbés, lorsqu'ils s'observent en dehors de la phtisie, sont un symptôme d'emphysème, de catarrhe chronique, avec asthme ou d'affections circulatoires. Il présentait déjà une cause plus générale que la seule tuberculose pulmonaire à l'origine de cette déformation, et signale l'erreur que l'on pouvait commettre en partant des idées précédemment admises, à savoir de diagnostiquer une tuberculose pulmonaire lorsque l'hippocratisme apparaissait

au cours d'une pleurésie purulente ou l'une quelconque des autres affections pulmonaires non tuberculeuses déjà citées.

En 1890, Brunet, après des expériences sur le suc pulmonaire, conclut que l'alvéole secrète des toxines et des antitoxines nécessaires au bon équilibre de l'organisme. Cette sécrétion interne du poumon aurait une action neutralisante sur les toxines tissulaires qu'on ne peut éliminer dans l'air ambiant. Il ne donne aucun détail précis sur la nature de ces toxines non volatiles. Aujourd'hui où les travaux sur le système endocrinien sont très avancés, nous manquons encore de notions sur la sécrétion interne de l'alvéole et l'hypothèse de Brunet ne nous paraît pas défendable.

Variot rapporte un cas d'hippocratisme chez un enfant présentant une malformation très rare du cœur, réalisant un mélange aussi parfait que possible des deux sangs, artériel et veineux. Dans une seconde observation, il est question de cyanose congénitale où l'hippocratisme est très marqué à la fois aux doigts et aux orteils. Enfin il présente à la Société de Pédiatrie, en 1899, un éléphantiasis congénital avec hippocratisme des doigts et remarque qu'il n'y a aucune hyperplasie osseuse.

Le malade qui fait l'objet de la thèse de Pichard nous montre une déformation des doigts en baguette de tambour dont l'évolution se juxtapose à celle de l'état pulmonaire, apparaissant avec une pleurésie purulente et régressant d'une façon très

nette et très rapide après l'opération de l'empyème.

Les deux cas de cirrhose biliaire avec hippocratisme que Boutron a relevés en 1899, se rattachent à des troubles respiratoires. Nous trouvons, en effet, dans ces observations, des signes manifestes d'atteinte pulmonaire (skodisme, respiration rude, râles sous-crépitants, chez le premier), augmentation du murmure vésiculaire au sommet, râles sous-crépitants à la base chez le second).

En dehors du trouble apporté aux échanges respiratoires, l'hématose peut encore avoir été touchée par les perturbations sanguines et circulatoires qui accompagnent la cirrhose elle-même.

Marie semble revenir aux idées d'Hippocrate, reprises par Trousseau, en incriminant la tuberculose seule, mais admet, d'autre part, une relation étroite entre le gonflement des extrémités et la cyanose congénitale.

A ce propos, nous ferons remarquer que dans les cyanoses congénitales l'hippocratisme ne s'est révélé ici et pour Variot que quelques semaines après la naissance, laissant un intervalle pendant lequel les troubles de l'hématose se sont installés par suite de la lésion cardiaque.

Après une série d'hématémèses par ulcus gastrique banal, entraînant un fort amaigrissement, Denig a vu apparaître chez deux malades des doigts typiques en baguette tambour, disparaissant définitivement en quelques semaines, après opération

de l'ulcère perforé. Le même auteur apporte une large contribution à l'étude de l'hippocratisme en donnant huit observations différentes entre elles, trois de sténose de l'artère pulmonaire, deux d'insuffisance mitrale, deux de bronchectasie et une d'empyème. Mais il est aisé de les ramener au même mécanisme, l'hématose étant perturbée aussi bien par l'anémie prolongée qui accompagne les hématoméses que par la gêne circulatoire des cardiopathies ou les troubles respiratoires des affections pleuro-pulmonaires.

Le rôle de l'anémie a été invoqué la même année à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, dans les communications de Chatin et Cade qui attirent l'attention sur la pâleur des téguments de leur malade (tuberculeux rénal, et des brightiques cités par Esbach, en 1867, et rappellent l'influence anémiant de la néphrite.

Gilbert et Lereboullet concluent d'un article sur la Gazette hebdomadaire de Médecine (1902), « Il semble que le rôle important doit être attribué à la toxi-infection. La coexistence fréquente de ces déformations avec les déformations articulaires, conséquence du rhumatisme biliaire est en faveur de cette interprétation (pseudo-rhumatisme infectieux), la toxi-infection consistant en une cholestémie ».

Béclère, dont les premières observations ont inspiré la thèse de Meygret en 1905, a rappelé dernièrement ses 3 cas de 1901, 1902 et 1904 communiqués à la Société médicale des Hôpitaux de Paris ;

dans le premier, le malade a une main gauche tout à fait normale : la main droite par contre est celle d'un phtisique au 3^{me} degré ; il était porteur d'une dilatation de la crosse aortique, d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique artériel, mais la déformation hippocratique unilatérale survient à la suite d'une phlébite de la veine sous-clavière du même côté. Le second malade présente une histoire à peu près identique, mais les deux mains sont atteintes à la fois avec, cependant, prédominance des déformations à droite. Enfin le troisième doit ses deux mains hippocratiques à un rétrécissement de la veine cave supérieure.

L'auteur tire les conclusions suivantes : « Pour fréquent qu'il soit chez les phtisiques, le doigt hippocratique ne présente pas chez eux sa forme typique. En dehors de toute infection et de toute suppuration, c'est dans la maladie bleue congénitale chez l'enfant, dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire d'origine spécifique, chez l'adulte. Il est le produit de toute lésion qui équivaut à une ligature incomplète des racines du tronc ou des branches de l'artère pulmonaire. Il témoigne d'un trouble de l'hématose des éléments cellulaires de la pulpe des doigts. Il est le fruit d'une auto-intoxication résultant de la rétention anormale dans le sang veineux des extrémités des substances toxiques destinées à être éliminées par la voie pulmonaire. Les faits que je viens de rappeler rentrent dans le cadre de l'hippocratisme digital, d'origine mécanique, de beaucoup le plus fréquent de tous. Mais quelque soit la lésion d'ordre mécanique dont

il dérive, quel que soit le siège et la nature de cette lésion, le fait essentiel c'est le trouble biochimique qui en résulte dans le milieu intérieur où baignent les éléments cellulaires de la pulpe digitale. »

Bezançon et I. De Jong pensent que le doigt hippocratique n'est pas un symptôme banal de la tuberculose avancée et se rencontre dans toutes les affection dyspnéisantes, dans la cyanose congénitale et qu'en somme toutes ces maladies aboutissent à la dilatation du cœur droit, donc la gêne circulatoire par dilatation progressive du cœur droit paraît admissible comme pathogénie de l'hippocratisme. Rare dans les maladies aiguës où la dilatation du cœur droit est passagère, il se rencontre cependant dans certains cas de pleurésie purulente où les troubles circulatoires apparaissent rapidement.

Dans la thèse de David, en 1911, nous trouvons la proposition suivante : « L'hippocratisme des doigts, de cause obscure, est souvent congénital ou héréditaire », et dans sa documentation il cite deux observations d'hippocratisme congénital.

Les varices des membres supérieurs ont donné un cas d'hippocratisme chez une malade de Souques, en 1919.

L'auteur s'exprime ainsi : « Si la pathogénie de l'hippocratisme des doigts me paraît claire dans le cas présent, elle relève d'un ralentissement du cours du sang veineux qui fait que les tissus des phalanges baignent dans un sang chargé de principes toxiques, de déchets nutritifs, mais il serait

téméraire d'affirmer que tel ou tel de ces principes toxiques est l'agent de l'hippocratisme ».

Lorsqu'une endocardite infectieuse à forme prolongée vient compliquer une cardiopathie mitro-aortique ancienne, on peut observer des doigts hippocratiques comme dans les deux cas de Gallavardin et Longeron. « Nous ferons remarquer simplement qu'il ne semblait pas s'agir ici de manifestations anoxémiques même locales, nos malades n'ayant jamais présenté aucune cyanose et que dans nos observations il s'agissait d'endocardite infectieuse greffée sur d'anciennes lésions, enfin que dans un fait, le malade rapportait nettement à la même époque l'apparition des déformations. Si la même coïncidence était notée dans les cas qui seront ultérieurement publiés, peut-être pourrait-on trouver là un nouvel argument en faveur de la thèse toxi-infectieuse, thèse admise par la plupart des auteurs et en particulier par M. P. Marie ».

Molines, étudiant quatre cas d'endocardite maligne à évolution prolongée, conclut d'autre part à un double mécanisme : troubles circulatoires et de l'hématose, d'une part, toxi-infection d'autre part ; et admet très souvent l'association des deux causes, tantôt l'une, tantôt l'autre, étant déterminante.

Nous pensons, en réalité, que la toxi-infection ne fait qu'accentuer la gêne circulatoire, et si elle est primitive, il est bien plus simple d'admettre que

le trouble circulatoire, lorsqu'il survient, entraîne à lui seul l'hippocratisme agissant comme dans la cyanose congénitale pure sans infection, dont plusieurs exemples ont déjà été cités.

La fréquence du doigt hippocratique chez les cardiaques présentant des symptômes d'endocardite lente ou récidivante est relevée encore par Hatzieganu de Cluj, lequel communique, en 1923, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, huit cas de malades atteints d'affections diverses de l'aorte et du cœur gauche, ayant comme caractère commun une endocardite surajoutée, pendant l'évolution de laquelle les extrémités des doigts prennent l'aspect de baguettes de tambour et de battants de cloches. Il fait remarquer que cela arrive aussi bien dans les lésions droites que gauches du cœur et conclut en ces termes : « Deux conditions importantes sont réalisées ici : une lésion valvulaire ancienne et une infection récidivante superposée qui produit aussi des lésions hépatospléniques et rénales, les deux lésions amènent une phase d'insuffisance circulatoire avec cyanose plus ou moins grave. Le doigt hippocratique se voit surtout dans les affections chroniques avec hépatosplénomégalie. Il signe une lésion valvulo-orificielle cardiaque à laquelle s'est surajoutée une infection à évolution chronique. L'excitation trophique qui le détermine dépend de ces deux facteurs ».

Dans ses observations d'hippocratisme unilatéral, nous voyons bien un facteur toxi-infectieux,

la syphilis, mais celle-ci nous paraît n'intervenir que pour provoquer un anévrisme par lésion des parois artérielles et cet anévrisme à son tour entrave la circulation du membre intéressé. La toxi-infection est bien l'agent le plus fréquent de toute maladie aiguë pouvant s'ajouter à une affection circulatoire ou pulmonaire ancienne et modifiant le trophisme de la pulpe digitale, mais si l'affection ancienne est elle-même assez prononcée pour altérer suffisamment les échanges respiratoires au niveau des tissus des phalangettes ; il n'est pas besoin de toxi-infection surajoutée pour provoquer l'hippocratisme, ainsi que nous le prouvent les lésions cardiaques congénitales pures et les observations très intéressantes de Carlos Monge sur les habitants des Andes. Cet auteur constate chez les individus acclimatés aux hautes altitudes (4.000m.) des troubles de l'hématose liés à l'abaissement de la pression atmosphérique. Selon la plus ou moins grande adaptation des individus, les symptômes d'anoxémie peuvent varier « le visage rappelle celui d'un asphyxié, il y a des épistaxis fréquentes, de l'aphonie. La langue est bouffie, injectée de sang. Toutes les veines sont dilatées, plus tard l'érythrose fait place à de la cyanose, mettant souvent plusieurs années à s'établir. Les mains deviennent turgescentes, avec gonflement des veines et les doigts se déforment en baguette de tambour. Les ongles apparaissent opaques et striés verticalement, avec des espaces sous-unguéaux cyanosés. Le même aspect se retrouve aux orteils, dont les ongles sont recourbés en bec de perroquet.

Le malade est indifférent, somnolent, parfois il éprouve une sensation d'asphyxie pendant la déglutition. Sa capacité vitale est diminuée (syndrome emphysémateux). Troubles des muqueuses respiratoires (rhinite, laryngite, pharyngite). La toux est fréquente, les hémoptysies apparaissent dues à de petits foyers congestifs d'évolution très rapide. Dans d'autres cas la congestion pulmonaire est d'étendue moyenne. On trouve une zone de matité à la percussion, une augmentation des vibrations et un souffle respiratoire. Il n'y a pas de fièvre. Ces accidents évoluent en sept à huit jours, mais l'état général en est atteint et la récédive est fréquente.

Il existe des formes plus graves avec état asphyxique, coma, pouvant guérir si le malade descend dans la plaine ou sinon aboutir à la mort. La tachycardie est constante avec dédoublement du second bruit ; dans les formes avancées la défaillance cardiaque est de règle et on connaît des cas de mort subite par syndrome bulbaire.

Quelquefois l'évolution est progressive à symptomatologie d'insuffisance ventriculaire droite : palpitations, douleurs hépatiques, œdème (asystolie). La guérison rapide, suit le repos dans la plaine. »

Carlos Monge conclut à une insuffisance myocardique par anoxémie.

L'examen du sang révèle un taux élevé d'oxygène ; cet élément circule en excès dans les tissus

sans être utilisé, à cause de sa faible tension. Le trouble primitif siège au niveau de l'alvéole pulmonaire (troubles de l'hématose).

Passant à tout autre ordre de faits, Bensaude, Hillemand et Augier ont observé chez trois malades atteints de polypose intestinale, de l'hippocratisme digital : « En l'absence de toute lésion de l'appareil circulatoire et respiratoire, dans notre Ière observation, l'état général était mauvais alors qu'il était satisfaisant dans les deux autres. Cette co-existence de l'hippocratisme et de la polypose intestinale n'a pas encore été signalée. Les deux théories habituellement admises, celle de la stase veineuse au niveau de la matrice de l'ongle, celle du trouble toxinique, s'appliquent difficilement à nos cas. Peut-être faut-il invoquer un trouble de la nutrition générale, sous la dépendance des perturbations de l'absorption et du transit intestinal, trouble qui peut jouer un rôle dans le trophisme de l'individu. »

Une observation analogue est faite par Brûlé et J. A. Lièvre.

Bien que l'hippocratisme dans la polypose rectale nous paraisse plus difficile à comprendre que dans les cas précédents, nous pouvons supposer provisoirement que nous nous trouvons ici en présence d'une malformation congénitale où d'une tendance héréditaire à acquérir cette malformation, car la polypose elle-même a été signalée comme héréditaire.

La seule observation d'hérédité homologue hippocratique que nous connaissions actuellement est celle relevée par le Dr Troisier dans une famille de la Martinique dont trois membres étaient porteurs de doigts en battants de cloche ; on les désignait d'ailleurs couramment dans le pays sous le sobriquet de « la famille gros doigts ». Voici sa généalogie :

V... Léon

V... René

V... Joseph

V... Jules

V... Yvette

Nous avons souligné les noms des membres porteurs de la déformation digitale. En somme, l'hippocratisme se retrouve chez la petite-fille, l'oncle et le grand-père paternel.

L'oncle et le père, examinés par le Dr Troisier, étaient indemnes de toute affection cardio-pulmonaire. L'apparition des gros doigts s'est faite à l'âge de 9 mois pour la fillette et plus ou moins tard après la naissance chez les deux autres personnes.

Mr Crouzon signale un sujet, dont le père tousseur, atteint de sclérose broncho-pulmonaire, présentait des doigts hippocratiques et qui lui-même, sans avoir jamais eu d'affection broncho-pulmonaire, avait des doigts hippocratiques avec ongles en verre de montre semblant exister chez lui depuis toujours.

Dans ces derniers cas nous nous voyons obligé d'admettre une toute autre pathogénie que l'action directe des troubles de l'hématose soutenue jusqu'ici. Peut-être, cependant, l'entrave à l'hématose a-t-elle agi chez les ascendants au cours d'affections diverses et se transmet-elle selon les modes signalés par Apert dans l'hérédité des malformations acquises.

En résumé, nous voyons dans l'hippocratisme le résultat d'un trouble de l'hématose consécutif à des lésions très diverses. En premier lieu, toutes altérations de l'appareil broncho-pulmonaire retentissant sur la perméabilité alvéolaire, la ventilation pulmonaire ou la petite circulation : tuberculose pulmonaire, bronchectasie, pleurésie, catarrhe bronchique, emphysème. En second lieu, toute gêne apportée à la circulation sanguine et lymphatique au niveau des tissus : cardiopathie chronique ou réinfection cardiaque, malformation congénitale du cœur, sténose de l'artère pulmonaire, anévrisme, phlébite, éléphantiasis ; enfin tous les facteurs du ralentissement du courant sanguin (bradycardies des cirrhoses) et de diminution de la vitalité globulaire (cholémie, anémie).

Nous faisons entrer dans le premier ordre de faits la diminution de la perméabilité alvéolaire aux basses pressions atmosphériques (Maladie de Carlos Monge).

1° OBSERVATION (de Variot)

Un cas de dilatation congénitale de l'artère pulmonaire, avec cyanose et teinte bleutée de l'extrémité des doigts et du derme sous-unguéal. — Extrémité des phalanges légèrement renflée en baguettes de tambour. — Aspect analogue au pied. Perforation interventriculaire. — Aorte et artère pulmonaire partant du ventricule droit. — Trou de Botal oblitéré, canal artériel encore perméable. — Pas de lésions appréciables des poumons et des autres organes.

Donc, malformation très rare du cœur, mélange aussi parfait que possible des deux sangs.

2° OBSERVATION (de Variot)

1° — Doigts en baguettes de tambour dans un cas de cyanose congénitale. — Fillette de 4 ans 1/2. — Souffle systolique pré-cordial, prédominant à gauche du sternum.

— Cœur volumineux. — Radio : dilatation de l'aorte. — Foie et rate hypertrophiés.

Déformation des doigts au maximum, et des orteils.

— Gros orteil chevauchant les 2° et 3° orteils.

La malformation ne porte que sur les parties molles. « Le tissu osseux ne participe en rien . . . quoique irrigué par le même sang . . . l'ectasie capillaire n'existe pas dans le tissu osseux et dans le périoste des phalanges Carpe et tarse normaux. »

3° OBSERVATION (du même)

2° — Indépendance du tissu osseux et des parties molles encore plus manifeste. — Cas d'éléphantiasis congénital d'un membre supérieur (Observation de Subert). — Bras gauche monstrueusement développé — n'atteint pas le squelette — allongement presque nul (théorie d'hyperformation du tissu cellulaire avec ectasie lymphatique (sorte de nœvus lymphatique) comme dans la macroglossie congénitale (lacunes lymphatiques grossies). Dans les cas de M. Subert, pas de cyanose, mais souffle doux systolique, sans irradiation (maladie de Roger).

Le tissu osseux conserve une résistance particulière et une individualité remarquable dans sa nutrition.

4° OBSERVATION (de Pichard) (Service du Dr Bécclère)

L... Alfred, 7 ans 1/2 a eu des convulsions dans la 1re enfance ; fut cependant bien portant jusqu'à 5 ans, puis pneumonie, à la suite de laquelle il continue à tousser et ne se rétablit jamais complètement.

Il y a 2 ans, eut un vomique et depuis crache du pus. *En mars* on l'examine dans le service : il est pâle, petit pour son âge, a peu d'appétit, tousse, crache continuellement. — Les quintes de toux sont assez fréquentes et suivies de vomissements.

Les mains présentent des déformations bien caractéristiques. Le doigt se termine en s'évasant à partir de l'union de la 2^{me} et de la 3^{me} phalange, par sa face dorsale, il a l'aspect d'une véritable spatule. De profil, il a la forme de massue très marquée.

A la radiographie, la phalangette n'est nullement hypertrophiée.

L'examen pulmonaire dénote une ampliation de l'hémi-thorax gauche évasé à sa base. — Signe du cordeau. —

Matité et résistance au doigt. — Souffle doux remplaçant le murmure vésiculaire. — Egophonie, pectoriloquie aphone. — Obscurité de la partie gauche à la radio. — Opération de l'empyème. — Grande quantité de pus. — La déformation des doigts a diminué quinze jours après à un nouvel examen.

Le 29 avril l'enfant est très bien portant, petite fistule.

— Les déformations ont presque complètement disparu.

La régression des déformations des doigts a été, on le voit, très nette et très rapide, chez ce petit malade qui fait le sujet de l'observation.

5^e OBSERVATION (de Boutron, 1899)

Louis F..., 19 ans, ajusteur, entre chez Gilbert, en 1894, pour ictère dont le début remonte à 2 ans.

Abdomen développé. — Foie volumineux, régulier, dur, lisse, pas douloureux à la pression. — Rate énorme. — Le malade tousse un peu depuis longtemps. — Il a toujours eu la voix enrouée, un peu rauque. — Tonalité plus élevée à la percussion sous-clavière gauche. — Respiration un peu rude à gauche. — Quelques râles sous-crépitaux à la base.

Les dernières phalanges des doigts attirent l'attention par leur volume. — Ongle incurvé, élargi, cependant sans stries. — Aucune déformation du squelette.

6° OBSERVATION

2° — Jules L..., journalier, 49 ans, entre chez Gilbert. A 4 ans, catarrhe pulmonaire, à 15 ans, fluxion de poitrine. En 1895, 1899 — maux perforants plantaires. — Extrémité des doigts élargie, aplatie, pulpe gonflée et augmentée de volume. — Ongles pâles sans lunule. — Foie hypertrophié, indolore. — Respiration, vibrations plus marquées à droite qu'à gauche, respiration humée. — En arrière, matité à la base des deux côtés. — Augmentation du murmure vésiculaire au sommet. — Aux bases, râles crépitants humides.

7° OBSERVATION (Béclère, 1901)

Homme de 65 ans, porteur dans la région sous-claviculaire droite d'une tuméfaction du volume d'un gros œuf, animée de fortes pulsations isochrones aux battements du cœur. — Ectasie de l'artère sous-clavière droite. — Il ne peut dire quand elle a débuté, mais est très affirmatif sur la date d'origine de la déformation des doigts. — Elle remonterait à un an et serait survenue peu de temps après l'apparition de très violentes douleurs à l'épaule droite avec irradiations au coude et à la main. — A ce moment la main était gonflée et la région sous-claviculaire plus volumineuse. — Probablement il y a eu là des accidents inflammatoires aigus... Les phalangettes de la main droite sont plus volumineuses et renflées en tous sens. — Ongles en verre de montre. — Leur racine est surélevée.

8° OBSERVATION N° 2 du même (résumée)

Hippocratisme bilatéral des mains avec prédominance à droite. — Antécédents : « bronchite » l'ayant obligé à

s'aliter pendant deux mois, puis enrouement progressif disparaissant par instant, dyspnée d'effort, toux coqueluchoïde.

Deux ans après le début, crise douloureuse lancinante à l'épaule et au bras droit, vive et de durée variable, parésie brachiale, déformation hippocratique des doigts et des ongles de la main droite. — Apparition de grosses veines sur la poitrine et le cou. Donc, obstacle au retour des deux troncs brachio-céphaliques veineux avec prédominance d'action sur le tronc veineux droit. — En même temps exophtalmie droite. — Radio : anévrisme du tronc brachio-céphalique artériel. — Dilatation de la crosse aortique.

9° OBSERVATION N° 3 — 1904 du même auteur

Homme de 54 ans chez qui on voit apparaître depuis 6 ans une déformation hippocratique des doigts et un développement de la circulation veineuse sous-cutanée de la face antérieure du tronc. — Grosse veine variqueuse où la circulation se fait de haut en bas. — Donc, obstacle au retour du sang.

L'examen révèle un anévrisme de l'origine de l'aorte au niveau de la veine cave supérieure. — Poumons sains.

L'hippocratisme est bilatéral et symétrique.

10° OBSERVATION (résumée) de Souques

Déformation hippocratique de la main gauche, phalangette hypertrophiée en massue. — Ongle incurvé dans tous les sens en verre de montre. — Squelette intact. — Léger degré de cyanose. — En même temps varices du même membre perceptibles à la vue et au toucher. —

Rien d'autre à signaler comme précédents. Cœur normal, pouls régulier des deux côtés. — Pression artérielle normale. — Rien aux appareils pulmonaire, digestif et nerveux. — La réaction de Wassermann est positive. — Il y a un peu d'albuminurie.

11° OBSERVATION (Chatin et Cade) (résumée)

N° 1 — R. L. . . , 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires : mère morte cardiaque, frères et sœurs morts de méningite.

Personnellement a eu il y a 10 ans un rhumatisme articulaire aigu généralisé. — 6 semaines de lit. — 2° atteinte l'an dernier. — Ni alcoolisme ni syphilis. — On trouve des traces de psoriasis. — Depuis le mois passé se plaint de coliques, anorexie, constipation rebelle, crampes d'estomac. — Il y a 3 semaines, crise de vomissements se répétant pendant plusieurs jours. — Il a beaucoup maigri.

A l'examen : abdomen sensible à la palpation épigastrique. Rien au cœur ni aux poumons.

Albuminurie. — Diagnostic : urémie à forme gastro-intestinale.

La déformation des extrémités attire l'attention sauf au médius et à l'auriculaire. — Elargissement en palette de la phalangette. — Pas de douleurs, pas d'atteinte de l'articulation phalangettienne.

A la radio : petit bouquet d'ostéophytes hérissant chaque phalangette.

12° OBSERVATION N° 2 (résumée) (Chatin et Cade)

H... 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu avec ictère datant de 3 semaines, rebelle à toute médication. — Les symptômes font penser à une cirrhose de Hanot. — La cachectisation fait des progrès et le malade meurt de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, cirrhose biliaire par rétention et angiocholécystite.

Au cours de ces accidents, le malade a présenté des modifications des extrémités digitales avec élargissement des phalangettes.

A la radio on voit des productions ostéophytiques.

13° OBSERVATION de MOUSSUS

(Dans la thèse de Mayeux)

G..., âgé de 6ans 1/2, entre dans le service de Mr Moussus le 31 mai 1900.

Il y a 2 ans, d'après sa mère, la pleurésie purulente a débuté. On trouve maintenant à la base du thorax, du côté gauche, en avant de la ligne verticale axillaire, une fistule par où sort constamment un peu de pus. Cette fistule siège dans le 6^{me} espace intercostal, juste au-dessous de la pointe du cœur.

Le côté gauche est rétracté. Au sommet gauche, la respiration est soufflante et on trouve de gros râles humides. La sonorité est diminuée à ce niveau, en arrière. — Les vibrations sont exagérées.

L'enfant est pâle, pas trop amaigri. Il nous raconte qu'au niveau de sa fistule actuelle il y avait un gonflement que le médecin fut obligé d'inciser. Il y a donc eu empyème de nécessité.

6 juin. — Avant-hier il y a eu vomique avec accès de suffocation et cyanose. L'enfant dit en avoir eu déjà plusieurs.

13 juin. — Même état, mais pas de vomique.

Le malade passe dans le service du Dr Piéchaud où il ne présente pas d'autres symptômes particuliers.

A l'examen des doigts, nous trouvons une hypertrophie considérable des phalangettes. L'ongle est très élargi et tend à déborder des deux côtés. Le pouce présente la forme d'un bec de perroquet. La peau paraît amincie et rosée. Les mouvements ne sont pas empêchés par cette hypertrophie.

Les pieds présentent absolument les mêmes lésions, l'hypertrophie des dernières phalanges, élargissement des ongles, la peau amincie.

Pas de troubles par ailleurs.

14° OBSERVATION (Gallavardin et Longeron)

(Gallavardin et Longeron) (résumée) N° 1

F..., âgé de 29 ans, a eu il y a 3 ans une atteinte de rhumatisme articulaire aigu suivie de plusieurs rechutes. Il présente des signes d'endocardite chronique (insuffisance aortique et double lésion mitrale). Il entre pour un état hyposystolique avec manifestations emboliques (endocardite ulcéro-végétante vérifiée à l'autopsie).

Durant son séjour, on constate l'existence de doigts hipocratiques des plus nets à tous les doigts des deux mains : épaississement de phalange, incurvation très prononcée de l'ongle avec lunule lisse et miroitante). — Rien au squelette. — Pouls à 120. — Pas de cyanose. — Pas de traces de bacillose à l'autopsie.

15° OBSERVATION (Gallavardin et Longeron)

N° 2 (résumée)

Sch..., 30 ans, a eu à 15 ans une poussée de rhumatisme qui lui a laissé une double lésion aortique et une double lésion mitrale, assez bien tolérées, sans cyanose, un peu de dyspnée d'effort.

Entre à l'hôpital avec des signes indubitables d'endocardite infectieuse. — Faciès pâle, température, splénomégalie, embolie au mollet gauche. — Le début de cet accident remonte à 3 mois.— On est surpris de trouver une déformation typique des phalanges en baguette de tambour, comme chez un bacillaire —, avec extrémité des doigts très élargie et ongles incurvés. — Aucune cyanose, rien aux poumons.

16° OBSERVATION N° 3 (du même — résumée)

A... Marie, 35 ans — vient consulter pour un essoufflement. — Mariée, pas d'enfants.

A 28 ans, une crise de rhumatisme articulaire aigu et c'est depuis cette époque qu'elle est essoufflée — quelques crachats teintés de sang.

A l'auscultation, à la pointe, 1er bruit éclatant ; roulement diastolique au niveau du 3^me espace intercostal gauche ; souffle diastolique. Tension artérielle 13,5. Souffle crural de Durozier. Poumons : matité de la base droite ; les vibrations locales ne sont pas transmises ; à l'auscultation, à la base, on entend un souffle à la fois expiratoire et inspiratoire. — Egophonie et pectoriloquie aphone. — Une ponction ramène du liquide citrin.

Hypertrophie légère du corps thyroïde.

Déformation des doigts en baguette de tambour.

La phalangette est très développée, l'ongle épaissi et recourbé en verre de montre.

3 juin. « On note l'état général des doigts en baguette de tambour, typiques. Il semble qu'il ne s'agisse pas de quelque chose de familial, mais de quelque chose de récent, bien que les premiers interrogatoires ne soient pas affirmatifs sur ce sujet ».

Le 27 juin. Le diagnostic d'endocardite infectieuse se vérifie. Grosse rate — pâleur — léger œdème des jambes — hématurie. — La déformation hippocratique des doigts est toujours très nette à tous les doigts des deux mains.

Le frère de la malade, interrogé sur ce point, est très affirmatif et raconte qu'elle n'était pas ainsi auparavant.

L'autopsie confirme l'existence d'une endocardite infectieuse, végétante, et l'absence de toute tuberculose.

17° OBSERVATION N° 4 (du même)

Jeune homme, vacher, 19 ans, entre dans le service pour des palpitations.

L'examen : souffle systolique à la pointe, souffle diastolique à la base. — On diagnostique une endocardite aiguë avec double lésion d'insuffisance mitrale et aortique.

Le malade était imberbe, aspect infantile, ses doigts légèrement hippocratiques. — Au sommet droit, obscurité suspecte.

A l'autopsie : pas de tuberculose pulmonaire, ni de lésions trachéo-bronchiques.

18° OBSERVATION (de Brûlé et Lièvre)

M. S..., 34 ans, présente pour la première fois, en 1919, une diarrhée pâteuse et, depuis, il est diarrhéique (7 à 8 selles par jour). Elles sont rarement sanglantes. Mauvais état général.

« Notre attention fut immédiatement attirée par un hippocratisme des doigts manifeste, ongles bombés, en verre de montre, épaissis, 3^{me} phalange élargie. Les orteils présentent la même altération. Le malade ne peut pas préciser le début de cette déformation, mais il affirme qu'elle est très ancienne.

L'anémie est très marquée (3.800.000).

Antécédent familial : la mère du malade est morte d'un cancer du rectum.

19° OBSERVATION (de Bensaude, Hillemand et Augier)

N° 1. — T..., 20 ans, se plaint de diarrhée déjà à l'âge de 7 ans ; matières fécales glairo-sanguinolentes, puis glaireuses. — Les diarrhées s'accompagnent d'incontinence.

Rectoscopie pratiquée par M. Bensaude, montre une polypose. — On le traite par la radiothérapie. — Amélioration considérable. Mais 18 mois après, le malade redevient diarrhéique, l'état général s'altère.

Antécédents : mère morte d'une infection intestinale que le malade ne peut pas préciser.

Une nouvelle rectoscopie montre de nombreux polypes, sessiles et pédiculés. — L'état général est très altéré. Le malade est pâle, amaigri et l'examen hématologique montre une anémie très prononcée (1.900.000 globules rouges).

Chez ce malade sans lésions cliniques ni radiologiques de l'appareil pulmonaire, existe une déformation hippocratique des doigts et des orteils. — Les extrémités sont renflées, en baguettes tambour, les ongles sont incurvés en verre de montre. — Il n'y a pas de cyanose des extrémités. — On ne trouve pas d'altération du squelette à la radiographie.

Par ailleurs, ce malade est un infantile.

Opération : fistule cœcale. — On pratique des lavages. — Malgré ce traitement, le malade succombe 3 semaines après.

20° OBSERVATION N° 2 (de Bensaude)

D..., 29 ans, hémorragie anale à l'âge de 22ans. Ensuite, pendant de longues années, diarrhée 5 à 6 fois par 24 h. Malade très anémié et amaigri.

Rectoscopie montre de nombreux petits polypes. A l'examen radiologique, après lavage intestinal, on voit que le processus polypeux atteint l'angle colique droit.

On détruit 80 polypes par l'électrocoagulation. — Ce traitement donne une amélioration sensible, mais peu après, le malade revient et la radiographie montre que l'intestin est bourré de polypes.

« Doigts hippocratiques : On est frappé par l'aspect hippocratique des doigts du malade. — Il existe une hypertrophie en baguette de tambour de la dernière phalange de tous les doigts. — Les ongles sont incurvés et bombés, mais le squelette est normal. La même tuméfaction existe au niveau des orteils. — La radiologie montre ici aussi que le squelette est intact. — Les déformations ont débuté il y a six mois ».

21° OBSERVATION N° 3 (du même)

M^{lle}....., 31 ans. — L'affection a débuté en 1927 par de la diarrhée (10 selles par 24 heures).

La rectoscopie montre de multiples petits polypes.

Il existe l'hippocratisme digital très net en l'absence de tous signes pulmonaires ; les extrémités des doigts présentent des ongles incurvés. L'état général est excellent.

22° OBSERVATION de Dennig

(Münchener Medizinische Wochenschrifts)

1° Hématémèse. — Homme de 28 ans, souffrant déjà depuis longtemps de son estomac. Digestions pénibles, amaigrissement. Les doigts ont l'aspect typique en baguette de tambour. Rien au reste des membres. On l'opère d'ulcus perforé. Un mois après, il revient guéri, les doigts

hippocratiques ont diminué. Deux mois après, il est toujours bien portant. Il n'y a plus d'hippocratisme.

En résumé, doigt hippocratique dans un ulcus gastrique banal. Régression après guérison. La stase sanguine, par congestion des extrémités, a provoqué une hypertrophie des parties molles.

2° Femme de 32 ans, présentant une sténose de l'artère pulmonaire. Accès de cyanose. Extrémités des doigts de plus en plus épaisses. Tousse beaucoup. A l'examen on trouve une dilatation du cœur droit. Souffle systolique à la base. Pas de lésions osseuses, bien que la maladie évolue depuis trente ans.

23° OBSERVATION de David (thèse de Paris, 1911)

R. . Manel, cuisinier, 21 ans. N'a jamais été malade. Vient consulter la première fois à l'hôpital pour un rhume qui dure depuis une huitaine de jours. Il est allé consulter à St-Louis pour son alopécie. Ses cheveux sont en effet rares, ses sourcils peu fournis, ainsi que les poils du pubis et de l'aisselle.

A l'auscultation, on trouve des râles sibilants disséminés dans les 2 poumons, mais aucun signe de tuberculose. La déformation des doigts et des orteils date de la naissance. Sa mère et ses deux sœurs présentent la même déformation. Son frère est indemne. On constate l'hypertrophie très marquée des deux dernières phalanges de tous les doigts des deux mains et surtout du pouce et du médius. La pulpe des doigts, ferme, dépasse l'ongle de un centimètre en avant. Celui-ci est étroit et court (1/4 de la face supérieure de la phalangette). Il serait presque perdu dans la masse de la dernière phalange s'il n'était pas courbé suivant l'arc transversal du doigt, de manière à laisser un espace en dôme entre la phalangette et l'ongle. Il est dur, brunâtre et ne présente pas de striations

longitudinales. Il y a un an celui du pouce droit est tombé et a repoussé depuis. Le malade ne peut pas fermer complètement la main à cause du volume des doigts. Aux extrémités, peau dure, épaissie. Mains froides. La dernière phalange du gros orteil est en massue. Son volume est doublé. L'ongle très recourbé (Ongle en bec de perroquet.)

Pas de signes de myxœdème.

Pas d'épaississement du maxillaire, ni de cypho-scoliose. Pas de rachitisme. Les extrémités ne sont pas cyanosés.

CONCLUSIONS

1° — Le doigt hippocratique apparaît chez des sujets dont l'hématose est troublée ou entravée au niveau des extrémités.

2° — Cette action peut être : soit locale, soit plus ou moins éloignée des extrémités intéressés et consister, par exemple dans une modification de l'atmosphère ambiante.

3° — Les cas d'hippocratisme héréditaire peuvent avoir pour cause une malformation acquise selon les modes précédents et transmise par mutation héréditaire.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de Thèse,*

BALTHAZARD.

NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BÉCLÈRE. Société Médicale des Hôpitaux, 1901, 1902, 1904, Paris.

BÉCLÈRE. Société Médicale des Hôpitaux, 1932, Paris.

BENSAUDE, P. HILLEMANT et P. AUGIER. Société Médicale des Hôpitaux, 1932, Paris.

BEZANÇON et J. de JONG. Arch. Gén. Méd. 1904.

BOUTRON, thèse de Paris, 1899.

BRULÉ et J. A. LIÈVRE. Soc. Médic. des Hôp. 22 janvier 1932, Paris.

CAUSSADE M. G., *Gazette des Hôpitaux*, 11 mai 1932, Paris.

CHATIN et CADE, *Lyon Médical*, 1901.

DAVID, thèse de Paris, 1911.

DENNIG, Münch. Mediz. Woch. 1901.

ESBACH, thèse de Paris, 1876.

GALLAVARDIN et LONGERON, *Lyon Médical*, 25 juin 1921.

- GILBERT et LEREBoullet, *Gaz. hebdom. Méd. et Chirur.* 1902, N° 1.
- GILBERT et FOURNIER, *Revue des Maladies de l'Enfance*, 1895.
- HATZIEGANU, *Bull. S. Méd. des Hôp.*, 1923, Paris.
- LANNELONGUE, *Soc. Péd.*, 1899.
- LEMIERRE et J. LEVESQUE, *Soc. Méd. des Hôp.*, 29 janvier 1932, Paris.
- MARFAN. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1893.
- MARIE P. *Revue de Médecine*, 1890.
- MAYEUX, thèse de Bordeaux, 1900.
- MEYGRET thèse de Paris, 1905.
- MOLINES, thèse de Lyon. 1921.
- MONGE (Carlos), L'érythrémie de l'altitude — Masson, 1930.
- MONGE (Carlos), *Presse Médicale*, 1930.
- PICHARD, thèse de Paris, 1899.
- RIST et CAUSSADE, *Bull. Sté Méd. des Hôp.*, 1925, Paris.
- SOUQUES, *Bull. Sté Méd. des Hôp.*, 1919, Paris.
- SPILLMANN et HAUSHALTER, *Revue de Médecine*, 1890.
- TROISIER, *Bull. de la Sté Méd. des Hôpitaux*, janvier 1932, Paris.
- VARIOT, *Journal de Clinique et Thérap. infantile*, 1897.
- VARIOT et CHICOTOT, *Soc. Pédiatrie*, 1899.
-

